

# FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV

Version 1.0

Mit der Einführung der PPBV tauchten vermehrt Fragen seitens der Universitätskliniken zur richtigen Anwendung und Interpretation der gesetzlichen Vorgaben auf. Im Folgenden haben wir die eingegangenen Fragen in Form von FAQs ausschließlich für alle Universitätsmedizinstandorte zusammengestellt.

## **Hinweise:**

Die in diesen FAQs bereitgestellten Informationen wurden mit größter Sorgfalt zusammengestellt. Dennoch übernimmt der Verband keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Angaben. Die bereitgestellten Antworten dienen ausschließlich allgemeinen Informationszwecken und stellen Empfehlungen des Verbandes, jedoch keine rechtliche oder verbindliche Beratung dar.

Wir schließen jegliche Haftung für Schäden im Zusammenhang mit der Nutzung dieser FAQs oder dem Vertrauen auf deren Richtigkeit aus, soweit diese nicht auf vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten unsererseits beruhen oder eine Haftung hierfür gesetzlich zwingend vorgeschrieben ist.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

**Erstellt am: 04. Oktober 2024**

**Letzte Änderung: 27. November 2024**

## 1. Grundsätzliche Fragen

---

### 1.1 Wie gestaltet sich die Anrechenbarkeit von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung?

Die Mindestanforderung für eine volle Anrechenbarkeit ist eine abgeschlossene dreijährige Pflegeausbildung. Ab dem zweiten Lehrjahr können die Auszubildenden angerechnet werden. Je nach Definition des Studienablaufs der Hochschule kann gegebenenfalls bereits nach drei Jahren das Examen zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann angerechnet werden (gemäß Pflegeberufgesetz).

### 1.2 Werden Stationen, mit sowohl teil- als auch vollstationären Behandlungsfällen, zusammen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt?

Die Berechnung der teil- sowie vollstationären Minutenwerte erfolgt kumuliert je Monat und Station in Anlehnung an die Vorgaben der PPBV. Teilstationäre Patienten sind nach der Entlassung einzustufen.

### 1.3 Wie werden ambulante Patienten berücksichtigt, die auf einer Station/in einer Tagesklinik versorgt werden?

Gemäß §5 PPBV Abs. 2 werden ausschließlich voll- und teilstationäre Patienten in die Erfassung eingeschlossen. Aus der Perspektive der Abrechnung sind ambulante Patienten separat vergütet (§117

# FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV

Version 1.0

SGB V) und in der Differenzierung des Pflegebudgets auch dezidiert als Abzugsposition ausgewiesen, wenn Pflegepersonal aus dem Bereich Pflegedienst dafür eingesetzt wird.

## **1.4 Wie werden z. B. Pflegehilfskräfte im Rahmen der Umsetzung des TV-E angerechnet, der die PPR 2.0-Regelung für die Soll-Vorgabe beinhaltet?**

Die Verordnung (PPBV) als Bundesregelung ist vorrangig und verbindlich, während der TV-E als Landesregelung gilt. Diese Thematik bedarf einer Konkretisierung seitens der Gewerkschaft (ver.di) und wird an das verantwortliche Gremium übermittelt.

## **1.5 Was ist unter "voraussichtlichem Ausfall" zu verstehen (PPBV § 4 Abs. 4)?**

Definition von "voraussichtlich": Bis das InEK eine offizielle Klärung vornimmt, sollten die durchschnittlichen Ist-Werte aus einem krankenhausindividuell festgelegten Betrachtungszeitraum (bspw. Vorjahr) verwendet werden. Die durchschnittlichen Ausfallzeiten sollten ausschließlich für Pflegefachpersonen berechnet werden, wenn ein Gesamtdurchschnitt genommen wird.

## **1.6 Wie werden Ausfallzeiten in Bezug auf Wochenfeiertage abgebildet?**

Ein Wochenfeiertag wird aus rein personalplanerischer Sicht als Ausfallzeit betrachtet, da der Mitarbeiter im Falle eines Einsatzes einen Freizeitausgleich für die geleistete Arbeitszeit erhält (gilt für Soll und Ist).

## **1.7 In der SOLL-Erfassung der Erwachsenen-PPR 2.0 werden die 'zu erwartenden Pflegemaßnahmen' zugrunde gelegt. Bedeutet dies, dass bei einer Einstufung, die beispielsweise um 21:00 Uhr erfolgt, die Pflegemaßnahmen der Tagschicht (06:00 – 22:00 Uhr) des Folgetages für die Einstufung herangezogen werden sollen?**

Nein, gemäß §9 Abs. 1 PPBV werden in der Regel zwischen 15:00 und 21:00 Uhr die anwesenden Patienten hinsichtlich ihrer zu erwartenden Pflegemaßnahmen im Erwachsenen-PPR 2.0 eingestuft. Bei der Erwachsenen-PPR 2.0 handelt es sich um die erwartenden Pflegemaßnahmen, die erbracht werden. Bei der Kinder-PPR 2.0 wiederum werden die durchgeführten Maßnahmen berücksichtigt.

Es empfiehlt sich grundsätzlich eine retrospektive Kontrolle der Einstufung anhand der Dokumentation.

## **1.8 Bei der Entlassung vollstationärer Patienten wird die Hälfte der individuellen Minutenwerte vom Vortag angesetzt. Gilt dies auch für den Pflegegrundwert?**

Gemäß §12 Abs. 2 PPBV werden jeweils 50 % der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung zugrunde gelegt. Hierzu zählen ausschließlich die individuellen Minutenwerte des Patienten. Der Pflegegrundwert wird nicht halbiert. Die Verordnung lässt zum aktuellen Stand jedoch Interpretationsspielräume offen, sodass eine Klarstellung durch den Gesetzgeber erfolgen muss.

# FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV

Version 1.0

## **1.9 Der Fallwert bildet den Aufwand für die Aufnahme und Entlassung ab. Wie wird der Fallwert zugeordnet, wenn eine Station den Patienten aufnimmt und diesen kurzfristig (intern) verlegt?**

Dies bedarf einer krankenhausindividuellen Entscheidung. Der Fallwert wird dem gesamten Krankenhaus gutgeschrieben. Denkbar wäre eine Differenzierung des Fallwertes gemäß der Verweildauer an diesem Tag und auf der jeweiligen Station.

## **1.10 Wie wird ein erwachsener Patient eingestuft, der nachts aufgenommen und vor 15:00 Uhr entlassen wird? Werden in solchen Fällen der Grundwert und die PPR-Minuten erfasst?**

Die Empfehlung seitens des VPU ist, - bis zur Klarstellung durch das BMG - dass die Einstufung von erwachsenen Patienten, die am gleichen Tag vor dem definierten Eingruppierungszeitpunkt aufgenommen und entlassen werden (sog. Stundenfälle), erhalten den regulären Fallwert für die Krankenhausaufnahme und den halben (erhöhten) Grundwert für den Entlassungstag, sowie den halben Minutenwert der Mindesteingruppierung einer A1/S1.

## **1.11 Ist es zulässig, bei fehlender Einstufung automatisch die Pflegekategorie A1/S1 im Erwachsenenbereich festzulegen, wenn keine Einstufung durch eine Pflegefachperson erfolgt ist?**

Die Eingruppierung sollte stets nach dem aktuellen Pflegebedarf erfolgen. Bei fehlender Dokumentation kann durch das Krankenhaus festgelegt werden – unter der Prämisse, dass eine Herleitung des tatsächlichen Pflegebedarfs anhand der Dokumentation nicht möglich ist –, dass die Grundleistungen für den Patienten erfasst werden.

## **1.12 Wie wird die Einstufung bei einer hausinternen Verlegung vorgenommen?**

Grundsätzlich wird für jeden Patienten nur eine Einstufung pro Tag vorgenommen. Ein Vorgehen zur Verteilung der PPR-Minuten im Verhältnis zur Verweildauer pro Station und Tag wird empfohlen.

## **1.13 Werden die übermittelten Quartalsmeldungen an das InEK veröffentlicht?**

Es ist unklar, wann und ob die Daten veröffentlicht werden. Laut Verordnung übermittelt das InEK gemäß §8 Absatz 2 die Daten der Jahresmeldung erstmals bis zum 30. September 2026 an das BMG, die zuständigen Landesbehörden für jedes Krankenhaus und die Vertragsparteien auf Bundesebene. Weiterführende Informationen finden Sie auf der Internetseite des InEK: <https://www.g-drg.de/pflegepersonalbemessung>.

## **1.14 Wie können Erzieher in der Pädiatrie für die Ist-Besetzung berücksichtigt werden?**

Gemäß §2 Abs. 2 ff. PPBV sind Erzieher nicht als Pflegehilfskräfte für die Ist-Besetzung anzusetzen.

## **1.15 Wie können Hebammen in nicht geburtshilflichen Bereichen für die IST-Besetzung berücksichtigt werden?**

Gemäß §6 Abs. 4 PPBV ist zwar die Anrechnung der geleisteten Arbeitsstunden von Hebammen auf die Personalausstattung in der Geburtshilfe beschränkt, wir empfehlen – bis Klarstellung durch das BMG - bei Einsatz außerhalb dieses Bereiches eine Anrechnung als Pflegehilfskraft.

## **1.16 Sind die in der Anlage der PPBV aufgeführten Hinweise als verbindliche Vorgaben oder lediglich als Beispiele zu verstehen?**

Die erläuternden Hinweise sind in den Anlagen der PPBV zu finden und sind nicht abschließend und somit als Beispiele zu werten.

## **1.17 Wie wird mit Schichten verfahren, die sich teilweise im Übergang von der Tag- zur Nachtschicht überschneiden? Und wie wird die Berücksichtigung der Pausenzeiten geregelt?**

Die Anforderungen der Verordnung (PPBV) entsprechen hier denen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV. Die Pausenzeit der Schicht wird anteilmäßig nach der Dauer im Tag- und Nachtdienst gewichtet und angerechnet.

## **2. Allgemeine & spezielle Fragen**

---

### **2.1 Ist es möglich, jegliche Art der Kommunikation (z. B. Sprachbarrieren, Krisensituationen, Gespräche mit Angehörigen) in der Erwachsenen-PPR 2.0 abzubilden?**

Der Aspekt Kommunikation, unter anderem bei sprachlichen Barrieren, ist nur unvollständig in den A-Bereichen in der aktuellen Fassung der PPBV berücksichtigt (siehe erweiterter Barthel-Index). Nicht jede Maßnahme wird/kann entsprechend als Pflegemaßnahme abgebildet werden. In der Erwachsenen-PPR werden derzeit Anteile in der Kommunikation, Beratung oder kontinuierliche Begleitung in definierten Einzelmaßnahmen (z.B. Beratungsgespräch zur Kontinenzförderung- und -versorgung) und im Fallwert in der PPBV berücksichtigt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPBV sollte diese Maßnahme mit aufgenommen werden.

### **2.2 Wie können Erwachsene mit physiologischer Sprachbarriere in der PPR 2.0 abgebildet werden?**

Diese Patienten können mithilfe des erweiterten Barthel-Index im A4-Bereich abgebildet werden. Der Barthel-Index hat nur Relevanz bei einer Eingruppierung in A4; vorher kann die Leistung leider nicht berücksichtigt werden. Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPBV sollten diese Patienten differenzierter abbildbar sein.

**2.3 Die Sterbebegleitung sowie die Versorgung Verstorbener auf Kinder- und Erwachsenen-Normalstationen (einschließlich der Begleitung und Kommunikation mit Angehörigen, des Aufbewahrens des Patienten und der Versorgung nach Todeseintritt) sind im Rahmen der PPBV nicht ausreichend abgebildet. Gibt es Alternativen zur Abbildung dieser Tätigkeiten?**

Tätigkeiten im Zusammenhang mit Aufnahmen von außen, Entlassungen und der Versorgung Verstorbener werden im Tätigkeitsprofil für den Fallwert abgegolten. Eine alternative Abbildung der Sterbebegleitung/Versorgung von Verstorbenen über erschwerende Faktoren ist aktuell nicht vorgesehen. Bei der Kinder-PPR gibt es die Möglichkeit, den Arbeitsaufwand teilweise über die allgemeine Pflege im Bereich Kommunikation abzubilden. Bei den Erwachsenen ist dies leider nicht möglich.

**2.4 Der Personalaufwand für eine 1:1-Betreuung aus verschiedenen Gründen (z. B. Delir oder andere Verhaltensauffälligkeiten) ist derzeit nicht ausreichend abgebildet. Gibt es Möglichkeiten, diesen Aufwand besser darzustellen?**

Derzeit kann lediglich das „Suchen und Rückbegleiten von Patienten“ über die A4-Eingruppierung abgebildet werden.

**2.5 Wie werden pflegebegleitete Transporte im Rahmen der Diagnostik bei Erwachsenen berücksichtigt?**

Für den Transport unter anderem prämedizierter Patienten ist generell medizinisches Begleitpersonal erforderlich. Dies wird in der Regel durch nicht der Station zugeordnetes Personal aus dem Bereich Transport (zum Beispiel Rettungsassistenten, Sanitäter etc.) durchgeführt. Bei Notfalltransporten (Patient in lebensbedrohlichem Zustand) ist generell die Begleitung des Patienten durch einen Arzt erforderlich. Falls Pflegepersonal Transporte von der Station übernehmen muss, ist dies in der PPBV nicht berücksichtigt.

**2.6 Wie können Druckverbände (Lockerung, Kontrollen etc. bis zur Abnahme) abgebildet werden?**

Die Auswahl des Verfahrens hängt von den individuellen Umständen ab. Postoperative Druckverbände werden unter Berücksichtigung der Vitalzeichenparameter angelegt. Dabei erfolgt ein Verweis auf Zuordnungsmerkmale, die entweder eine Einstufung nach S2 oder S3 erfordern (auch eine S4-Einstufung ist möglich).

**2.7 Wie ist mit Tagesstationen/Aufnahmestationen/Dialysestationen umzugehen, welche überwiegend teilstationäre/ambulante Patienten versorgen?**

Nur stationäre, teilstationäre oder Hybrid-DRG (§115f SGB V) Patienten werden gemäß §2 Abs 6 PPBV berücksichtigt.

## **2.8 Welche Isolationsgründe triggern den erhöhten Pflegegrundwert bei Isolation?**

In dem Strukturmerkmal des OPS 8-98g „Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern und Komplexbehandlung auf spezieller und/nicht spezieller Isoliereinheit“ wird eine abschließende Definition über die inkludierten Gründe der Isolation angegeben. Zusätzlich wird laut §12 Abs. 1 PPBV auch der Verdacht auf eine solche Erkrankung als Grund definiert.

## **2.9 Im Zusammenhang mit der Wundbehandlung wird eine differenzierte Wunddokumentation verpflichtend gefordert. Ist die ärztliche Dokumentation hierfür ausreichend, oder muss eine zusätzliche Wunddokumentation angelegt werden?**

Aufgrund der verbindlichen Umsetzung von diversen Kriterien/Anforderungen (MDK, QFR, Beweislast in rechtlichen Auseinandersetzungen etc.) an die Dokumentation von Leistungen am Patienten muss ein eindeutiger und nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen Dokumentation und Mitarbeiter hergestellt werden können. Die Beschreibung einer Wunde kann der ärztlichen Dokumentation entnommen werden.

## **2.10 Wie ist bei der Körperpflege von Patienten mit beeinträchtigter Atem- und/oder Herz-Kreislaufsituation vorzugehen, wenn keine ärztlich festgelegten Grenzwerte oder Stationsstandards vorliegen? Ist es ausreichend, die Anstrengung des Patienten, etwa in Form von Dyspnoe, zu dokumentieren, oder muss die Dokumentation zwingend auch eine objektive Verschlechterung wie einen Sättigungsabfall beinhalten?**

Die dokumentierte Krankenbeobachtung, welche die definierten Beeinträchtigungen plausibel und nachvollziehbar zum Ausdruck bringt, ist ausreichend.

## **2.11 Wie kann eine Stillberatung im Rahmen der PPR 2.0 berücksichtigt werden?**

In der vorherigen Fassung der PPR war die Stillberatung in den 110 Minuten für das gesunde Neugeborene inbegriffen. In der Erwachsenen PPR 2.0 ist diese Leistung nicht explizit berücksichtigt. Diese Thematik bedarf einer Konkretisierung seitens der Politik und wird an das verantwortliche politische Gremium übermittelt.

## **2.12 Frage zur Auslegung der Kriterien für kontinuierliche Infusionen zwischen S2 und S3: In S3 müssen mindestens 5 Kurzinfusionen (KI) vorliegen. Wäre jedoch auch eine Konstellation von 2x kontinuierlicher Infusion + 3x KI auch denkbar?**

Gemäß Maßnahmenkatalog (Anlage PPBV) müssen es 5 KI sein.

**2.13 Ab wann wird eine sogenannte ‚Krise‘ (S3-Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung gemäß PPBV) in Bezug auf Hypo- bzw. Hyperglykämie und Herz-Kreislauf als gegeben angesehen?**

Krisen sind über etablierte medizinische Leitlinien, beispielsweise von Fachgesellschaften, einzuordnen.

**2.14 Wie oft sind die geplanten Pflegemaßnahmen zu aktualisieren?**

Der Patient soll täglich auf Basis der notwendigen und erwartenden Pflegemaßnahmen eingestuft werden.

**2.15 Wie werden gebärende Frauen, welche kurzzeitig auf der Geburtshilfestation aufgenommen und anschließend in den Kreißaal verlegt werden, eingestuft?**

Die Einstufung im Kreißaal entfällt, da dieser keine bettenführende Normalstation ist. Die gebärende Frau erhält für den Aufnahmetag einen Fallwert und mindestens eine A1/S1-Einstufung auf der aufnehmenden Geburtshilfestation.

**2.16 Zählt ein Urostoma zu den Erschwernisfaktoren?**

Die in Anlage 2 aufgeführten Inhalte sind als „erläuternde Hinweise“ gemäß Verordnung (PPBV) zu verstehen und aus dieser Sicht nicht abschließend.

**2.17 Ist die Liste bei dem Leistungsbereich OP, invasive Maßnahmen usw. in S2 vollständig? Hier fehlen Absaug- und Ableitungssysteme.**

Die in Anlage 2 aufgeführten Inhalte sind als „erläuternde Hinweise“ gemäß Verordnung (PPBV) zu verstehen und aus dieser Sicht nicht abschließend.

**2.18 Ist bei einer Verabreichung von mehreren Kurz-Infusionen eine Eingruppierung in die S2 (Anlage 2 Medikamentöse Versorgung PPBV) vorzunehmen?**

Bei einer Verabreichung von mindestens 2 Kurz-Infusionen ist S2 einzustufen.

**2.19 Wird der teilweise halbstündige Aufwand für die Verabreichung von Augentropfen, der insbesondere in der Augenklinik bei der Vielzahl der Patienten einen erheblichen Zeitaufwand darstellt, in der Einstufung berücksichtigt?**

Die hohe Patientenfluktuation und der sich daraus ergebende Anteil von Fallwerten bildet den Pflegeaufwand ab.

## **2.20 Wie wird mit Patienten verfahren, die im normalstationären Bereich nur über Nacht (20:00–07:00 Uhr) bspw. zur Einstellung ihres NIV- oder Schlafapnoe-Geräts aufgenommen werden?**

Der Einstufungszeitraum ist bis 21:00 Uhr definiert. Demnach wäre für diesen Tag eine Einstufung möglich. Der Patient erhält für den Aufnahmetag einen Fallwert und Grundwert sowie den Einstufungswert gemäß Pflegeaufwand (§10 und §11 sowie §15 und §16 mindestens A1/S1 bzw. KA1/KS1).

## **2.21 Wie wird die ‚engmaschige Beobachtung‘ bei der intravenösen Verabreichung von Zytostatika definiert, wenn diese über 2 Stunden dauert? Reicht die ständige Anwesenheit einer Pflegefachperson aus, oder ist eine Monitorüberwachung mit regelmäßiger Dokumentation der Vitalwerte erforderlich?**

Aus der Dokumentation muss klar hervorgehen, dass eine Beobachtung stattfindet. „Engmaschig“ bedeutet eine Überschreitung des normalen Umfangs der S3-Definition.

## **2.22 Parameter S3: Wie verteilt sich die Häufigkeit bei den einzelnen Parametern?**

Es müssen mindestens 3 Parameter und insgesamt mindestens 18 Messungen über 12 Stunden kontrolliert werden. Das heißt, die Häufigkeit der einzelnen gemessenen Parameter spielt keine Rolle. Die Summe ist entscheidend (siehe S3 – besondere Leistungen PPBV).

## **3. Kinder-PPR 2.0**

---

### **3.1 Bei der Entlassung von Kindern, die vollstationär aufgenommen sind, wird die Hälfte der individuellen Minutenwerte vom Vortag angesetzt. Gilt dies auch für den Pflegegrundwert?**

Kinder erhalten beim Entlassungstag eine individuelle Einstufung.

### **3.2 Ist die Sterbebegleitung in der Pediatric Intensive Care Unit (PICU) auf den Todestag beschränkt?**

Gemäß Verordnung (PPBV) wird in Anlage 5 unter dem Punkt „Übergeordnete Einstufungskriterien für Leistungsstufe IS 3“ "Sterbebegleitung/Tag des Todes" aufgeführt. Beide Aspekte/Leistungen sind gesondert voneinander zu verstehen, und somit kann auch eine mehrtägige Sterbebegleitung hier als Kriterium für die Einstufung zur IS 3 verwendet werden.

### **3.3 Sind die in der Neonatal Intensive Care Unit (NICU) und der Pediatric Intensive Care Unit (PICU) verwendeten Katecholamine vollständig aufgelistet, und dürfen ausschließlich diese eingesetzt werden? Oder sind auch andere Katecholamine sowie Kombinationen zulässig?**

# FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV

Version 1.0

Die in Anlage 5 aufgeführten Inhalte sind als "erläuternde Hinweise" gemäß PPBV zu verstehen und aus dieser Sicht nicht abschließend. Die Zuordnungen sind bei NICU (nur IS 3) und PICU (Unterschied IS 2 oder IS 3) unterschiedlich.

### **3.4 Wie wird die Isolation (nicht Umkehrisolation) bei Kindern auf Normalstation berücksichtigt?**

In der Kinder-PPR ist die Isolation vereinzelt in den A-Einstufungen (z.B. Ernährung, Ausscheidung und Körperpflege) abgebildet. Ein erhöhter Pflegegrundwert (wie bei der Erwachsenen-PPR) findet bei Kindern keine Berücksichtigung.

### **3.5 Welche Parameter können bei der Kinder-PPR 2.0 zur Einstufung im S-Bereich gezählt werden?**

Die Erhebung von mindestens 24 Parametern/Messungen ab dem S2-Bereich (Leistungsbereich OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung) zählt die Vitalzeichenkontrolle/Krankenbeobachtung auf, jedoch zählen zur Krankenbeobachtung auch andere Parameter (siehe S3 und S4).

### **3.6 Wie sollte im Kreißsaal verfahren werden: Neugeborene erstversorgen und bei der Mutter belassen oder in die Betreuungseinheit aufnehmen?**

Für gesunde Neugeborene wird gemäß §12 ein Pflegebedarf von 110 Minuten pro Tag zugrunde gelegt; für den Entlassungstag sind 50 % des Minutenwertes anzusetzen. Muss das Neugeborene aufgrund einer Erkrankung stationär aufgenommen werden, muss es einer Kinderstation zugeordnet werden, damit die reguläre Erfassung mittels PPR 2.0 Kinder erfolgen kann.

### **3.7 Was ist eine große OP? (bezogen auf NICU)**

Eine große OP entspricht der IS3-Einstufung gemäß Kinder-PPR. Im G-BA-Beschluss gibt es keine detaillierteren Informationen zu „größeren Operationen“. Aufgrund von Faktoren wie dem Geburtsgewicht wird nahezu jede Operation als größere Operation eingestuft, wobei dies im Ermessen der Pflegefachpersonen liegt.

### **3.8 Soll die Einstufung von Kindern auf Erwachsenenstationen nach den Kriterien für Erwachsene erfolgen?**

Antwort des InEK: „Stationen sind danach einzuordnen, ob vorwiegend Erwachsene oder Kinder versorgt werden. Eine exakte Grenze, ab welchem Prozentsatz oder welcher Anzahl an Fällen dies gilt, ist nicht definiert. Da wir die Situation in Ihrem Krankenhaus vor Ort nicht kennen, möchten wir Sie bitten, selbstständig zu prüfen, welche Stationen für welche Stationskategorie gemeldet werden müssen. Beachten Sie zu Ihrer zweiten Frage gerne die Fragen 4.2 und 4.3 unserer FAQ (siehe <https://www.g-drg.de/pflegepersonalbemessung/faq-zur-umsetzung-der%20%20pflegepersonalbemessungsverordnung-ppbv-ppr-2.0>).

Kinder, die auf einer Normalstation für Erwachsene behandelt werden, sind dort ebenfalls zu berücksichtigen. Der Personalbedarf richtet sich nach den Vorgaben zur Personalbemessung auf Normalstationen für Erwachsene. Ist die Behandlung eines Erwachsenen auf einer Normalstation für

# FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV

Version 1.0

Kinder erforderlich, ist er gemäß § 13 Absatz 1 PPBV der Gruppe „Schulkinder und Jugendliche (J)“ zuzuordnen. Ist die Behandlung eines Erwachsenen auf einer Intensivstation für Kinder erforderlich, ist er gemäß § 17 Absatz 1 PPBV der Gruppe „pädiatrische Intensivmedizin (PICU)“ zuzuordnen.“

### **3.9 Wo erfolgt die Einstufung des Kindes, wenn es von der Kinderintensivstation auf die Normalstation oder umgekehrt verlegt wird?**

Patienten, die innerhalb des Hauses die Station wechseln, beispielsweise von der Intensiv- auf die Normalstation, werden auf jeder Station entsprechend den dort erbrachten Leistungen eingestuft.

### **3.10 Wie viele Zuordnungsmerkmale sind erforderlich, um einen Patienten in die Leistungsgruppe KA 2, 3 oder 4 einzustufen?**

Laut Verordnung (PPBV) müssen für die Zuordnung zum A-Bereich in zwei verschiedenen Leistungsbereichen jeweils mindestens ein Zuordnungsmerkmal vorliegen; diese können aus unterschiedlichen Leistungsbereichen kommen. Die Einstufung erfolgt immer in die Stufe des niedrigsten Leistungsbereiches.

### **3.11 Wie wirken sich Beatmungspausen während des Weanings (Beatmungsentwöhnung) aus?**

Eine Mindestbeatmungszeit wurde nicht festgelegt. Da auch das Beatmungswaning mit Frühmobilisation aufgeführt ist, kann hier bei entsprechender Dokumentation IS2 eingestuft werden.

### **3.12 Einstufung KS 4 im Leistungsbereich Begleitung: Beziehen sich die 240 Minuten auf die Sitzwache oder auch auf die Begleitung?**

Eine Kombination der beiden Bereiche ist nicht möglich. Es müssen einmalig die 240 Minuten Begleitung oder 240 Minuten Sitzwache erbracht werden. Sitzwachen sowie die Begleitung werden allerdings nur gezählt, wenn diese von Pflegefachpersonen durchgeführt werden.